

**Белоусова Е.В., Осинцев Д.М., Акимова А.В.
COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ
ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Belousova E.V., Osintsev D.M., Akimova A.V.
COVID-19 IN PATIENTS, INFECTED WITH HUMAN
IMMUNODEFICIENCY VIRUS**

Hospital Therapy and Emergency Care Service Department
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: katrinaboston66@gmail.com

Аннотация. В статье рассматривается ряд клинических случаев новой коронавирусной инфекции COVID-19 в форме внебольничной пневмонии, у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Annotation. The article considers several clinical cases of the new coronavirus infection COVID-19 in the form of community-acquired pneumonia associated with HIV-infection.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция COVID-19, ВИЧ-инфекция.

Key words: COVID-19, HIV-infection.

Введение

В Российской Федерации инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) является актуальной проблемой, так как, согласно данным государственной статистики, в 2019 году общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России составило 1 420 975 человек, а новых зарегистрированных случаев – 66,2 на 100 тыс. населения. В 2019 году территориальными центрами по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) было сообщено о 97 176 новых случаях ВИЧ-инфекции, что на 6,1% меньше, чем в предыдущем году[1].

Увеличивалось количество больных СПИД и связанных с ним летальных исходов. Наиболее распространенным СПИД-индикаторным заболеванием в 2019 году продолжал оставаться туберкулез легких (61,1%) и внелегочный туберкулез (18,6%)[1].

Эпидемиологическая ситуация в РФ на 15.03.2021 показала 4 409 438-выявленных случаев COVID-19 и + 9 393 случаев, выявленных за сутки 15.03.2021 [2].

С появлением пандемии новой коронавирусной инфекции следует ожидать возможных изменений данных статистики по ВИЧ-инфекции за 2020 год, которые на данный момент еще не опубликованы. Поэтому актуально будет провести анализ клинического случая COVID-19 на фоне ВИЧ-инфекции, продемонстрировать появление возможных специфических симптомов и определить, влияет ли заражение COVID-19 на течение ВИЧ-инфекции.

Цель исследования – выявление особенностей течения новой коронавирусной инфекции у пациентов с ВИЧ-инфекцией и демонстрация клинических случаев.

Материалы и методы исследования

Был проведен анализ первичной медицинской документации (карта стационарного больного, выписка из истории болезни) на базе МАУ ЦГКБ № 24 г. Екатеринбурга, а также показателей статистики данных заболеваний по Российской Федерации.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент 1, 45 лет, поступил 17 января 2021 года в инфекционное отделение для больных COVID-19. Жалобы на одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,0°C, кашель с отхождением вязкой мокроты зеленоватого цвета, боль в правой половине грудной клетки при вдохе, однократная рвота с примесью желчи.

Анамнез заболевания:

Пациент находился на стационарном лечении с 14.12.2020 по 25.12.2020 по поводу подозрения на COVID-19 в МАУ ГКБ № 14. Данные выписки из истории болезни: подозрение на НКВИ обосновывается клиническими данными (сухой кашель, повышение температуры тела до 38,6°C, насморк, потеря обоняния), ПЦР от 15.12.20 – отрицательный результат, КТ ОГК от 14.12.20: КТ картина бронхоэктазов обеих легких, вероятность COVID-ассоциированной пневмонии низкая. Контроль ПЦР от 24.12.20 – РНК коронавируса Covid-19 не обнаружена. Был выписан 25.12.20 по новому регламенту с одним отрицательным результатом.

С 12.01.2021 повысилась температура тела, с 16.01 появились одышка и кашель с отхождением мокроты зеленого цвета. Самостоятельно лечился жаропонижающими препаратами (аспирин 500 мг/сут) без особого эффекта. 17.01.21 вызвал бригаду скорой медицинской помощи – был доставлен в приемное отделение МАУ ЦГКБ №24 с подозрением на пневмонию. По КТ: бронхоэктазы обеих легких, двусторонняя полисегментарная пневмония значительной степени распространенности, высокой вероятности вирусной природы, КТ 3 (55% поражения легких). Поражение легочной ткани по типу «матового стекла» и консолидации по всем полям обеих легких.

Анамнез жизни: ВИЧ-инфекция около 7 лет, со слов, антиретровирусную терапию (АРВТ) получает 1,5 года. Однако с собой АРВТ нет, и утверждает, что привезти некому. Стаж курения 22 года по 2 пачки в сутки, ИК = 44 пачка/лет,

на данный момент не курит 2,5 месяца. Наркоманию отрицает и алкоголь не употребляет.

На 17.01.2021 из общего анализа крови: лейкоциты $18,5 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $3,58 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 119 г/л, моноциты $3,0 \cdot 10^9$ /л, гранулоциты $11,4 \cdot 10^3$ /мкл.

Из биохимического анализа крови: СРБ 151,10 мг/л, общий билирубин 24,2 мкмоль/л, АЛТ 48,1 ед/л, АСТ 57,9 ед/л (Коэффициент де Ритиса = 1,20 – соответствует норме), креатинин 53,0 мкмоль/л (СКФ 121,46 мл/мин/1.73м²), ГГТП 442,7 ед/л, ЩФ 911,7 ед/л. Можно сделать вывод о наличии синдрома холестаза.

ПЦР на РНК коронавируса аСovid-19 – обнаружено (от 18.01.21).

Диагноз: Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), тяжелая форма. Осложнение: внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелой степени, вирусно-бактериальной этиологии, ДН I. Бронхоэктатическая болезнь, обострение. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний (4В) в фазе прогрессирования на фоне АРВТ.

Было назначено следующее лечение: дексаметазон 12 мг + 250 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно, цефтриаксон 2,0 в/в струйно, левофлоксацин 500 мг/сут перорально, фавипиравир 1600 мг 2 р/сут в 1-е сутки, затем по 600 мг 2 раза в сутки в течение 9 дней, эноксапарин натрия 40 мг подкожно 1 р/сут, урсодезоксихолевая кислота 250 мг 3 р/сут, амброксол 30 мг 3 раза/сут, омепразол 20 мг вечером, при повышении температуры тела $> 38,5^\circ\text{C}$ – парацетамол 500 мг перорально, оксигенотерапия 4 л/мин. 20.01.2021 пациент продолжил прием АРВТ (ламивудин, ритонавир, симанод (атазановир), вирофотен (тенофовир)).

На фоне антибиотикотерапии температура тела снизилась до 36°C в течение первых 2 дней, а также в течение 5 дней мокрота изменила цвет с серозеленого на беловатый. Сатурация кислорода 96 %. СРБ снизился со 151 до 60 г/л. ПЦР на РНК Covid-19 повторили через 5 дней после начала лечения (22.01.21) – результат положительный. Лечение продолжается.

На 10 день (27.01.21) пребывания пациента в стационаре была повторно проведена ПЦР на РНК Covid-19 – результат отрицательный. На данный момент продолжает беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке, боль в правой половине грудной клетки при кашле, однако пациент отмечает, что данные симптомы переносятся значительно легче, чем раньше, и возникают реже. Сатурация кислорода 98%. В ОАК лейкоцитоз регрессировал с $18,5$ до $10,3 \cdot 10^9$ /л, отмечается снижение гемоглобина до 114 г/л. СРБ снизился до 27 г/л. Показатели общего билирубина и трнсаминаз нормализовались. На момент лечения, по КТ была выявлена положительная динамика, объем поражения снизился до 25%. Было принято решение выписать пациента на амбулаторное лечение под наблюдение участкового врача-терапевта с открытым больничным листом.

Пациент 2, 35 лет. Поступил 12.11.20 в инфекционное отделение для больных COVID-19 МАУ ЦГКБ №24. Жалобы на выраженную слабость, боли в

грудной клетке на вдохе, повышение температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, сильный кашель с отхождением вязкой мокроты зеленоватого цвета, твердые корки на коже пальцев рук и практически по всему телу, мешающие выполнению определенных функции и самообслуживанию (рис.1)

Анамнез заболевания. Считает себя больным около 2 дней, когда впервые почувствовал повышение температуры тела, которое самостоятельно не купировал. При присоединении сильного кашля вызвал СМП – был доставлен в инфекционный стационар с подозрением на внебольничную пневмонию.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена. Из хронических заболеваний: ВИЧ-инфекция около 7 лет, наросты на коже впервые появились около 2 лет назад (со слов), по поводу АРВТ однозначного ответа дать не может. Находился в местах лишения свободы с 17 лет в течение 16 лет.



Рис.1 А) Осмотр кистей пациента №2. Б) Осмотр нижних конечностей пациента №2

Объективный статус: сознание ясное, состояние средней тяжести, на контакт идет тяжело, нехотя рассказывает анамнез. Кожа бледно-розовая, частично покрывается твердыми желтоватыми корками (возможно, руброфития). Пальпируются шейные и надключичные лимфоузлы. Размеры около 1 см, мягкоэластической консистенции, безболезненны, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Другие группы лимфоузлов не пальпируются. Рост – 173 см, масса тела – 65 кг (ИМТ- $21,72 \text{ кг/м}^2$). ЧДД = 26 в мин. $\text{SpO}_2 = 88\%$. АД=114/80 мм. рт. ст. Со стороны других систем органов - без особенностей.

На 12.11.2020 из общего анализа крови: лейкоциты $20,5 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 113 г/л, СОЭ 31 мм/ч.

Из биохимического анализа крови: СРБ 179,2 мг/л, общий билирубин 24,2 мкмоль/л, АЛТ 52,1 ед/л, АСТ 56,3 ед/л (Коэффициент де Ритиса), креатинин 64,0 мкмоль/л (СКФ $120,58 \text{ мл/мин/1.73 м}^2$).

По КТ (12.11.2020): двусторонняя полисегментарная пневмония значительной степени распространенности, высокой вероятности вирусной природы, КТ 3 (65%). Поражение легочной ткани по типу «матового стекла» и консолидации по всем полям обоих легких. ПЦР на РНК Covid-19 (от 12.11.2020) – обнаружено.

Диагноз: Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), тяжелая форма. Осложнение: внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелой степени, вирусно-бактериальной этиологии, ДН II. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний (4В) в фазе прогрессирования на фоне отсутствия АРВТ.

Было назначено следующее лечение: дексаметазон 12 мг + 250 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно, цефтриаксон 2,0 в/в струйно, левофлоксацин 500 мг 2 р/сут в/в капельно, фавипиравир 1600 мг 2 р/сут в 1-е сутки, затем по 600 мг 2 раза в сутки в течение 9 дней, эноксапарин натрия 40 мг подкожно 1 р/сут, амброксол 30 мг 3 раза/сут, омепразол 20 мг вечером, при повышении температуры тела > 38,5°С – парацетамол 500 мг перорально, кислородотерапия 5 л/мин.

За две недели проводимого лечения отмечаются положительные изменения в состоянии пациента: отсутствие интоксикации, дыхательной недостаточности и гнойной мокроты, температура тела на уровне 36,8-37°С. Однако сохраняются жалобы на слабость, сухой кашель и боли в грудной клетке при кашле, а также на твердые корки на пальцах рук и практически по всему телу. На 26.11.20 в ОАК: лейкоциты $9,5 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 115 г/л, СОЭ = 21 мм/ч. СРБ снизился до 44 г/л. По данным КТ также отмечается положительная динамика – объем поражения снизился до 40%, ПЦР на РНК Covid-19 – не обнаружено. Пациент выписан на амбулаторное лечение под наблюдением участкового врача-терапевта.

Выводы:

1. Клиническая картина COVID-19 у ВИЧ-инфицированных пациентов схожа с картиной в общей популяции больных.
2. Для ВИЧ-инфицированных пациентов характерно поражение легких вирусно-бактериальной этиологии.
3. На фоне АРВТ у ВИЧ-инфицированных пациентов отмечается более скорый регресс клинико-лабораторных симптомов COVID-19.

Список литературы:

1. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова, Е.В. Буравцова // Информационный бюллетень No 45. – 2020.
2. Отчет о текущей ситуации по борьбе с коронавирусом [Электронный ресурс] // Коммуникационный центр правительства РФ – 2021. URL: https://xn--80aesfpebagmfb1c0a.xn--p1ai/ai/doc/805/attach/2021-03-16_coronavirus_government_report.pdf (дата обращения: 16.03.2021).
3. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 10 (08.02.2021)

[Электронный ресурс]. –Режим доступа:
https://minzdrav.gov.ru/ministry/med_covid19

4. Blanco J. L. COVID-19 in patients with HIV: clinical case series / J. L. Blanco, J. Ambrosioni, F. Garcia, E. Martínez, A. Soriano, J. Mallolas // The Lancet. – 2020. – V.7. - № 5 – P. 314-316

УДК 616.833-002-031

Блохина А.А., Пономаренко А.Д., Акимова А.В., Вагина М.А.
СИНДРОМ ГИЙЕНА – БАРРЕ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-2019.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Blokhina A.A., Ponomarenko A.D., Akimova A.V., Vagina M.A.
THE GUILLAIN-BARRE SYNDROME AS A COMPLICATION OF
THE NEW CORONAVIRUS INFECTION COVID-19. CLINICAL CASE
Department of Hospital Therapy and Emergency Medicine
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: asyablohina@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрен клинический случай пациентки с синдромом Гийена-Барре (острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатией), возникшим после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Представляет интерес развитие вялых параличей и редкого заболевания - синдрома Гийена-Барре, как возможного осложнения заболеваний, в том числе и инфекционной природы.

Abstract. The article describes a clinical case of a patient with Guillain-Barre syndrome (acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy) that occurred after a new coronavirus infection (COVID-19). Of interest is the development of flaccid paralysis and a rare disease - Guillain-Barre syndrome, as a rare complication of diseases, including infectious nature

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция (COVID-19), синдром Гийена-Барре, параличи, парезы, нарушение чувствительности

Key words: new coronavirus infection (COVID-19), the Guillain-Barre syndrome, paralysis, paresis, sensitivity disorder

Введение

Неврологические проявления при COVID-19 как в начале пандемии, так и во время второй волны отличаются своим полиморфизмом, широкой